

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

No 307

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Pierre OUDINOT

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

PANSEMENT A LA MIKULICZ

Président : M. J.-L. FAURE, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

—
1922

307

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Pierre OUDINOT

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

PANSEMENT A LA MIKULICZ

Président : M. J.-L. FAURE, professeur.



PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1922

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM
Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale.	LECENE
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène.	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
Clinique médicale	ACHARD- WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants.	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
	DELBET
Clinique chirurgicale	GOSSET
	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique.	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie.	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FISSINGER	LELORIER	RETTERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ(A.)
CHAMPY	GUI LEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE HENRI	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur J.-L. FAURE

Officier de la Légion d'honneur
Professeur de Clinique gynécologique à l'Hôpital Broca

*En témoignage de vive gratitude pour le
bienveillant accueil qu'il m'a réservé dans
son service.*

A Monsieur le Docteur DOUAY

Chef des Travaux gynécologiques de l'Hôpital Broca

A qui j'adresse l'expression de ma reconnaissance pour les bons conseils qu'il a bien voulu me donner.

A Monsieur le Docteur MOSSÉ

Chef de Clinique du service gynécologique de l'Hôpital Broca

A qui j'adresse mes remerciements pour l'intérêt qu'il m'a toujours témoigné.

▲ MES MAÎTRES DES HÔPITAUX DE LYON ET DE PARIS

MM. les Professeur J. TEISSIER.

Professeur TIXIER.

Professeur CUNÉO.

Docteur GANDY.

Professeur DEMELIN.

Docteur DEVRAIGNE.

Professeur JEANSELME.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

“PANSEMENT A LA MIKULICZ”

INTRODUCTION

Pendant le temps que nous avons suivi le service de clinique gynécologique de l'hôpital Broca, nous nous sommes intéressés à la question du pansement à la Mikulicz.

Le professeur Faure est un partisan convaincu de cette méthode de drainage, et nous avons souvent entendu discuter la question par le professeur et ses élèves. Nous avons vu un certain nombre d'opérées au Mikulicz, et nous avons pu observer leurs suites opératoires. Nous avons également revu d'anciennes opérées à la consultation et nous avons pu examiner leur cicatrice.

Avant de commencer cette étude, nous tenons à rappeler que, même dans le service du professeur Faure, partisan de cette méthode, le Mikulicz n'est qu'un procédé d'exception. Ainsi, dans le cours de l'année dernière, sur 163 opérations pour salpingites nous ne trouvons que 24 Mikulicz.

D'autre part la méthode n'est bonne que si elle est exactement appliquée. Grâce à l'inlassable complaisance du Dr Douay, assistant du professeur Faure, nous pourrions dans ce travail mettre en valeur les points essentiels de la méthode. Il a bien voulu nous donner toutes les explications utiles et nous communiquer les observations les plus démonstratives du service, de sorte que cette thèse que nous signons avec timidité ne fera que refléter les idées établies sur la longue expérience d'un maître incontesté.

CHAPITRE PREMIER

Historique

Bien avant Mikulicz, Dupuytren en 1817, avait eu l'idée du sac enfoncé dans la plaie et bourré de compresses afin d'obtenir une hémostase par tamponnement. Dans un article paru dans *la Presse médicale* (n° 19, 5 mars 1921), Jayle rapporte dans tous ses détails la méthode utilisée par Dupuytren dans l'opération de la taille. « Pour prévenir l'hémorragie consécutive à cette opération Dupuytren se sert d'une canule et d'une espèce de petit sac noué sur elle à l'une de ses extrémités ; l'instrument est introduit dans la plaie ; la canule jusqu'au fond de la vessie et elle permettra l'évacuation de l'urine. Le sac s'applique sur les bords de la plaie ; dans ce sac on tasse des bourdonnets de charpie en plus ou moins grande quantité suivant qu'on veut exercer une compression plus ou moins forte. Par là l'hémorragie se trouve efficacement prévenue ou arrêtée. »

Comme le fait remarquer Jayle, tout le pansement à la Mikulicz est contenu dans cette description.

Cependant le nom de Mikulicz est resté attaché à cette méthode. C'est vers 1886 que Mikulicz montra l'avantage de supprimer les espaces morts dans la cavité péritonéale après opération au moyen d'un tamponnement contenu dans un sac. Les avantages de cette méthode paraissent évidents pour la plupart des chirurgiens de cette époque ; elle fait réaliser un progrès certain : facilitant l'hémostase, empêchant les hémorragies secondaires et établissant un large drainage. Dans cette période encore difficile de la chirurgie abdominale, les résultats s'améliorent à ce point que le tamponnement à la Miku-

licz est utilisé dans presque toutes les interventions abdominales. Après une période d'abus, apparaît une période de rétrocession de la méthode, grâce à l'amélioration de la stérilisation et au perfectionnement de la technique chirurgicale. C'est peut-être la péritonisation, c'est-à-dire la suture soignée de la plaie péritonéale, méthode que nous devons à Chaput, qui réalise le progrès le plus important dans la technique de l'hystérectomie. A partir de cette époque il est possible de fermer complètement la paroi abdominale en ne laissant qu'un drain de sûreté s'il est utile, et le Mikulicz est seulement réservé à des cas très septiques.

Dans ces dernières années une nouvelle méthode s'est introduite en chirurgie, c'est la suppression de tout drainage, même dans le cas d'opération septique. Elle est basée sur le rôle du péritoine comme agent de défense contre l'infection; l'épiploon en particulier est capable d'assurer par ses mouvements, et d'une façon mécanique, la limitation des foyers infectés. Le pus dans la cavité péritonéale serait un des facteurs de la lutte contre le microbe. Dans ces conditions le drainage n'a plus d'utilité et la conclusion est qu'il faut, même dans les cas suppurés, enlever la cause de la suppuration puis fermer complètement.

De nombreuses discussions ont surgi entre les partisans de cette pratique nouvelle et les autres chirurgiens qui voulaient rester fidèles aux méthodes connues ayant fait leurs preuves.

Une discussion très importante a eu lieu à la Société de Chirurgie de juin à novembre 1920. Ombrédanne s'est fait le défenseur de la fermeture sans drainage, apportant des cas de guérison d'appendicite avec péritonite opérés en pleine crise et fermés sans drainage. Il faut dire que la plupart des chirurgiens ont critiqué ce *modus operandi*. Faure en particulier est resté partisan convaincu du Mikulicz. Il est très difficile au cours d'une opération de se rendre compte du degré de virulence de l'infection et de la qualité des microbes en cause. Ce n'est ni l'aspect du pus, ni sa quantité qui mérite d'attirer l'attention; tout dépend de la virulence du microbe et de l'étendue des surfaces infectées. Si on n'a affaire qu'à une

péritonite partielle bien limitée, on comprend que l'évacuation du pus, l'ablation de la cause efficiente, le nettoyage de la poche — à l'éther par exemple — soient suffisants pour produire la guérison, même en fermant le foyer. Lorsque l'infection est diffuse, c'est le drainage à la Mikulicz qui permettra le mieux d'extérioriser le foyer infecté sans permettre l'éviscération de la masse intestinale.

CHAPITRE II

Conditions dans lesquelles le Mikulicz est appliqué

I. — POUR FAIRE L'HÉMOSTASE

Dans l'hystérectomie l'hémostase est habituellement assurée par des ligatures faites méthodiquement sur chaque pédicule vasculaire. Dans certains cas, qui, à la vérité, sont l'exception, où la ligature est rendue difficile soit par la friabilité des artères, soit par la profondeur du bassin, il devient utile de laisser des pinces à demeure qui sont retirées au bout de quarante-huit heures. Nous avons vu employer à l'hôpital Broca par le professeur Faure un moyen très pratique d'éviter la pince à demeure, c'est la ligature métallique faite au moyen des agrafes de Michel appliquées avec une forte pince qui permet de serrer la petite agrafe de métal sur l'artère prise avec une pince hémostatique. Cette méthode rend de grands services et est quelquefois très utile dans les hémostases difficiles qui suivent le Wertheim. Lorsqu'il se produit une hémorragie par suite d'une dissection difficile laissant après elle des surfaces cruentées qui saignent en nappe, nous avons à notre disposition plusieurs moyens : le Mikulicz, la mèche, et le drain avec péritonisation par dessus. Chacune de ces méthodes a ses avantages et ses inconvénients.

1° *Drainage avec cloisonnement.* — Par ce procédé on isole les surfaces cruentées du reste du péritoine en faisant un cloisonnement du bassin. L'S iliaque est suturé au péritoine vésical par un surget continu. Le drain est placé par un orifice du sujet jusqu'au fond du Douglas. Il aura pour mission de porter à l'extérieur le sang qui s'accumule au-dessous

du cloisonnement. Cette méthode est quelquefois utilisée à Broca. L'aspiration est faite dès le lendemain et continuée les jours suivants, jusqu'au jour où l'écoulement de sang est tari. A ce moment on retire les drains, et ce qui reste de sang dans le Douglas est résorbé peu à peu.

Cette méthode a des inconvénients.

a) La facilité d'infection de cette poche plus ou moins pleine de caillots. Au bout de quelques jours ce n'est plus du sang que l'on retire, mais un mélange de sang et de pus. La température s'élève montrant l'insuffisance du drainage. Quelquefois même on constate une sorte de tuméfaction inflammatoire du Douglas et il faut inciser secondairement par colpotomie.

b) L'absence de tamponnement des surfaces cruentées qui peuvent continuer à saigner longtemps (obs. X).

L'avantage est que, lorsque l'hémorragie s'arrête rapidement et que la poche ne s'infecte pas, l'ablation du drain se fait sans difficulté et sans douleur. L'orifice qui laissait passer le drain se ferme rapidement et tout se passe comme si on n'avait fait aucun drainage.

2° *Emploi de mèches.* — La mèche est tassée dans la région qui saigne, formant un tampon profond plus ou moins serré, puis elle se continue par une partie non tassée qui traverse le péritoine au milieu des anses grêles et sort par la plaie. Un inconvénient de la mèche est que la première partie appliquée sur la surface cruentée peut se déplacer; le sang peut ainsi s'écouler à côté de la mèche, formant des caillots qui, plus tard, mettront un certain temps à se résorber ou pourront s'infecter. La deuxième partie de la mèche, celle qui sort par la plaie, n'est pas toujours suffisante pour assurer le drainage par capillarité; aussi est-il indiqué souvent d'associer le drain et la mèche. En principe, on retire le tamponnement lorsque l'hémostase est faite, c'est-à-dire au bout de quarante-huit heures. A ce moment les adhérences des anses grêles qui forment barrière autour du trajet sont faibles si bien que, en exerçant une traction sur la mèche pour la retirer, il est possible de rompre ces adhérences et d'amener dans la plaie soit des anses grêles soit l'épiploon.

Enfin la mèche, passant à la filière dans un trajet étroit, exprime les liquides hématiques qui l'imbibent et ceux-ci restent dans le ventre.

L'avantage de la mèche est de ne laisser dans la paroi qu'un orifice petit qui ne pourra pas par la suite produire d'éventration.

3° *Emploi du Mikulicz comme tampon hémostatique.* — On utilise en général dans ce cas un petit sac juste suffisant pour s'appliquer sur la zone cruentée et saignante. Cette partie seule sera remplie par des mèches fortement tassées. Le reste, jusqu'à la paroi sera modérément rempli par des mèches. La suture partielle de la paroi rétrécira considérablement l'orifice par où sortent sac et mèches.

Les avantages de ce procédé sont les suivants : les mèches maintenues dans le sac ont peu de tendance à se déplacer, on pourra sans danger, après quarante-huit heures ou plus tardivement si on le désire, enlever la mèche qui tamponne. La paroi du sac maintiendra les anses intestinales et s'opposera au déplacement de l'intestin et de l'épiploon.

Remarque pour les cas particuliers dans lesquels on est obligé de laisser des pinces à demeure. Lorsqu'on laisse des pinces à demeure celles-ci traversent la cavité péritonéale au milieu des anses grêles avant de sortir à l'extérieur. Il y a un réel danger à laisser ces pinces au milieu des anses à cause de la torsion toujours possible du grêle pouvant produire l'occlusion. Au contraire, avec un Mikulicz, il est très facile d'envelopper les pinces avec le sac ou mieux encore de faire un trou au fond du sac et de faire passer les pinces dans l'intérieur de ce sac. De toute façon les mèches s'interposeront entre la paroi du sac et les pinces métalliques et empêcheront tout contact des pinces avec l'intestin grêle.

II. — POUR LUTTER CONTRE L'INFECTION

Nous pouvons envisager différents degrés d'infection du péritoine, soit péritonite généralisée avant l'opération, soit péritonite partielle avec adhérences limitant le foyer de sup-

puration, soit l'infection du péritoine faite au cour de l'opération par rupture d'une poche septique, soit enfin que l'opération ait lieu en milieu septique. Etudions chacun de ces cas.

1^e *Péritonite généralisée avant l'opération.* — L'infection a dépassé les limites du petit bassin, du pus est épanché entre les anses grêles et cette infection remonte plus ou moins haut vers le diaphragme. La cause de cette infection peut être soit au niveau de l'appendice soit au niveau des trompes. La ligne de conduite est d'abord d'enlever la cause de l'infection (appendisectomie, hystérectomie) et, en second lieu, d'établir un drainage des liquides septiques. C'est à ce moment que les opinions des chirurgiens diffèrent, les uns se contentent d'assécher le pus déjà formé et d'enlever les fausses membranes qui recouvrent les anses ; quelques-uns passeront de l'éther sur les parties déclives pour faciliter cette détersion, puis ils laisseront le péritoine seul effectuer la lutte et renfermeront complètement la paroi abdominale. Il n'est pas douteux que des guérisons surviennent par cette méthode, mais le nombre des échecs est considérable même dans les meilleures statistiques. Notre impression, basée sur ce que nous avons entendu dire à Broca par le professeur Faure et ses élèves, est qu'en agissant ainsi on fait courir un risque très sérieux au malade. Rien ne peut faire prévoir la virulence du microbe laissé dans le péritoine. Le résultat est laissé au « petit bonheur ». Si le microbe est peu virulent la guérison s'effectue de façon merveilleuse. Si cette virulence est considérable, la situation s'aggrave de façon très rapide et la mort survient sans tarder.

Une seconde méthode est celle du drainage en position déclive ; deux drains en canons de fusil descendent jusque dans le Douglas, un drain dans chaque fosse iliaque. Par ce drain on pourra faire de l'aspiration, injecter de l'éther, de l'eau oxygénée, ou même faire passer un courant d'oxygène comme cela a été pratiqué assez souvent avant la guerre. Les critiques apportées à cette méthode sont le danger d'infection secondaire par les drains, quelques observations probantes ont été signalées, c'est cependant une complication

bien exceptionnelle. Le reproche beaucoup plus important qu'on peut lui faire et que nous avons entendu formuler par le professeur Faure est qu'un tel drainage ne draine que de façon tout à fait imparfaite : les orifices des drains se trouvent obturés hermétiquement par les anses intestinales qui, sous l'influence de la péritonite, se distendent et forment clapet sur le drain.

Les avantages du Mikulicz sont les suivants : c'est lui qui permet de faire le drainage le plus large, tout en s'opposant à l'éviscération immédiate que produiraient les efforts de vomissement si la paroi abdominale restait ouverte sans Mikulicz. Le pus est absorbé par capillarité au fur et à mesure qu'il se forme. Il n'y a pas de rétenition derrière un sac de Mikulicz, il permet le pansement à plat de toute la zone infectée. Ce dernier avantage n'est pas réalisé de façon parfaite dans les cas de péritonite généralisée ; en effet il y a des zones comprises entre plusieurs anses qui restent forcément sans drainage et qui forment à distance du Mikulicz de petits foyers infectieux qui évoluent pour leur propre compte. C'est ainsi qu'on voit dans les suites opératoires des poussées nouvelles se produire réalisant le type de péritonite à foyers multiples (observ. VII). La façon idéale de poser le Mikulicz dans ce cas est d'atteindre les parties déclives. Quand il s'agit d'une salpingite avec péritonite il est très facile de placer le fond du sac jusque dans le Douglas. Dans ce cas l'application du Mikulicz est très bonne, très simple et donne des suites satisfaisantes.

Lorsqu'il s'agit d'une appendicite avec péritonite, la mise en place dans la fosse iliaque n'est pas suffisante car elle laisse l'infection gagner le petit bassin. Il faut alors ou bien faire une laparotomie médiane et d'emblée un drainage du petit bassin, ou bien se contenter d'un Mikulicz iliaque mais alors glisser un drain dans le Douglas.

Y a-t-il intérêt à faire un double drainage, Mikulicz et drain vaginal ? Cette méthode a été utilisée dans une de nos observations. Tant que le Mikulicz est en place le drain vaginal ne donne pas de pus, l'absorption se fait par capillarité du côté du sac. Ce n'est qu'après l'ablation du sac que le drainage

vaginal présente un certain avantage. A ce moment la plaie abdominale bourgeonne rapidement et se cicatrise, tandis que le pus, obéissant à la pesanteur, s'échappe par le vagin. Cette combinaison de drainage abdomino-vaginal présente donc quelques avantages.

2° *Péritonite localisée.* — Dans le cas de péritonite partielle avec adhérences il s'agit d'une poche de pus, qui une fois ouverte et évacuée de son contenu, ne demande qu'à guérir par coalescence des parois. Tout dépend du siège de cet abcès. S'il s'agit d'appendicite on peut en général atteindre l'abcès sans rompre la barrière qui sépare la péritonite du reste du péritoine. Dans ce cas, toutes les méthodes de drainage sont admises et peuvent donner de bons résultats. Le Mikulicz dans ce cas n'a pas d'indication particulière. Il n'en est pas de même lorsque l'abcès est profond et qu'il faut pour aller l'ouvrir traverser le péritoine libre. Dans ce cas, il est nécessaire d'empêcher les anses grêles de venir au contact de la poche ouverte, de s'y infecter et de transporter plus loin dans l'abdomen les germes septiques. Dans ces cas il semble rationnel de mettre un drain non perforé dans la poche et de faire un barrage entre la zone infectée et le reste du péritoine. Le meilleur barrage nous paraît être un pansement à la Mikulicz peu serré.

3° *Infection du péritoine au cours d'opérations septiques.* — Il s'agit habituellement de salpingite purulente aiguë contenant du pus septique, fétide ou tout au moins suspect de virulence. Dans ce cas aucun symptôme ne permet à coup sûr de savoir le degré de virulence des microbes. Le Mikulicz devient une mesure de prudence qui permet d'assurer l'absorption des liquides septiques. Souvent, au moment de retirer les mèches du sac, quarante-huit heures après l'intervention on est étonné de la mauvaise odeur du liquide roussâtre qui imbibe ces mèches. Si on fait l'examen bactériologique on est frappé de la quantité considérable de microbes de toute espèce contenus dans ce liquide. Il est bien évident que cette infection est née des germes contenus dans l'abcès primitif de la salpingite suppurée. Malgré cette infection très accentuée la température de la malade est presque normale et l'état

général satisfaisant. Dans ces cas, on peut être persuadé de l'efficacité du Mikulicz, et on peut se demander ce que seraient devenues ces malades si l'on s'était contenté d'un simple drain ou, à plus forte raison, de refermer complètement le ventre.

C'est là une des applications les plus fréquentes et les plus importantes du pansement à la Mikulicz.

Dans d'autres cas, l'efficacité de ce pansement n'apparaît pas de façon aussi évidente. Les mèches s'imbibent de sérosité sanglante sans odeur ; on a l'impression que les microbes en cause ne sont pas très nocifs, et l'on peut se demander si le Mikulicz était bien indiqué dans le cas présent et s'il a vraiment rendu service à l'opérée. Mais cette impression ne vient qu'après coup, et il est impossible le jour de l'opération de prévoir cette évolution favorable. Aussi avons-nous toujours vu dans le service du professeur Faure agir avec prudence et, dans les cas douteux, placer un Mikulicz. Les malades gravement infectées en ont toujours bénéficié, et les malades moins atteintes qui auraient peut être guéri par simple drainage n'ont pas eu de complications sérieuses du fait de ce pansement. Le seul inconvénient a été de prolonger leur séjour à l'hôpital de douze à quinze jours environ.

4^e Opérations en milieu septique. — Au cours de ces opérations, dont la plus typique est l'hystérectomie abdominale élargie pour cancer, on travaille en milieu septique sans voir de pus ni de phénomènes inflammatoires, et cependant, les manœuvres longues et multiples que l'on fait au fond du bassin, une fois le vagin ouvert, amènent forcément l'inoculation septique d'une grande partie du péritoine pelvien, de la base des ligaments larges et des sutures artérielles. L'aseptie du vagin en cas de cancer est très illusoire. On s'efforce de la réaliser, à l'hôpital Broca, dans le service du professeur Faure, en faisant immédiatement avant l'opération, une fois la malade endormie, une ablation à la curette et à la pince emporte-pièce de la totalité des bourgeons cancéreux accessibles. On désinfecte ensuite la surface saignante avec de l'iode et on laisse en place une mèche imbibée d'alcool à 90 degrés que l'on retire au cours de l'opération. Malgré ces précautions, la

seconde partie de l'opération de Wertheim est fatalement septique. Lorsque la péritonisation est terminée, quelle que soit sa perfection, le péritoine, bien que d'aspect normal, est infecté. Ce sera à lui et à la résistance générale de la malade, de faire les frais de cette infection. Il y suffira souvent ; mais, dans les cas où il ne pourra résister, la malade paiera de sa vie cette complication. Aussi, dans une de ses dernières cliniques, le professeur Faure, en exposant ces faits, concluait en disant que, dans les cas d'opérations de Wertheim difficiles, il était partisan de la méthode de Mikulicz pour terminer l'opération. Il est bon d'ajouter qu'en feuilletant les cahiers d'opérations du service nous n'avons vu employer cette méthode que d'une façon exceptionnelle.

Que peut faire le Mikulicz dans ces cas ? Uniquement immobiliser le grêle pendant un nombre d'heures suffisant pour permettre la formation d'adhérences qui limiteront le foyer d'infection. On sait avec quelle rapidité se forment les adhérences, et lorsqu'au bout d'un certain nombre d'heures, peut-être 12 ou 24, les microbes du foyer septique se sont multipliés, la barrière est faite. Ce n'est pas le sac de gaze qui l'effectue ; elle est uniquement constituée par des adhérences intestinales dont le sac de gaze a permis la formation. Il y a peut-être encore une action adjuvante de défense produite par le Mikulicz ; c'est la succion par capillarité des produits septiques. Pour qu'un drain fonctionne il faut qu'il y ait au fond de ce drain une pression suffisante tandis qu'avec le Mikulicz il n'y a pas besoin de pression, et la preuve c'est que par le drain vaginal il ne sort pas de liquide tant que le Mikulicz est en place.

III. — MIKULICZ POUR APPLICATION DE RADIUM INTRAPÉRITONÉAL

Bien que cette méthode ne soit pas encore courante, elle a été utilisée pour la première fois à l'hôpital Broca dans le service du professeur Faure (Douay et Mme Fabre) et, depuis, utilisée plusieurs fois. Il s'agissait de récidive ganglionnaire (obs. VI) après cancer du col traité par la curiethé-

rapie. Le Mikulicz dans ces cas a plusieurs avantages qui rendent ce genre d'application à peu près inoffensif. Les tubes de radium peuvent être placés soit dans la masse ganglionnaire, soit à son contact. Le sac de Mikulicz est perforé de façon à laisser passer les fils fixés aux tubes garnis de leurs filtres. Le sac est étalé sur la région et les lanières de gaze remplissent tout le fond du sac exerçant une pression modérée sur les tubes. On évite ainsi tout déplacement. On écarte matériellement les anses intestinales qui, en se rapprochant de la zone irradiée, pourraient subir des altérations graves provoquant des nécroses tardives. Les liquides de sécrétion qui se produisent en grande abondance pendant les jours d'application sont absorbés par capillarité et non résorbés par le péritoine. Ces liquides sont toxiques et on évite ainsi une partie des phénomènes d'intoxication qui accompagnent toute application de radium lorsque les liquides n'ont pas une issue directe à l'extérieur.

Enfin ce pansement permet l'extraction facile des tubes de radium.

CHAPITRE III

Critique du Mikulicz

Nous n'avons pas dans l'esprit que la méthode de Mikulicz est parfaite et nous pensons seulement qu'elle a sauvé des malades qui, sans elle, auraient certainement péri. Ce n'est pas une méthode nouvelle ni élégante, mais il faut la garder et savoir l'utiliser dans les cas où elle est nécessaire. Examinons les principales critiques que l'on peut lui faire.

1° *Le sac de Mikulicz produit la dépéritonisation des anses intestinales et, en conséquence, favorise les agglutinations et les adhérences post-opératoires.* Quand on enlève un sac de Mikulicz on est en effet frappé de l'aspect rouge, dépoli, bourgeonnant des anses qui forment le fond de la plaie. Il semble que le péritoine a complètement disparu sur ces surfaces et que la cicatrice d'une telle plaie doit à coup sûr produire des adhérences définitives. Or, ce n'est qu'une apparence. Le péritoine persiste sur ces surfaces bourgeonnantes et il reprendra plus tard son aspect normal. Lorsqu'on est amené plus tard à opérer des éventrations consécutives à des Mikulicz, on voit qu'il n'y a pas plus d'adhérences, dans ces cas que dans les autres et que, très souvent, le petit bassin est complètement libre ; l'intestin a récupéré son aspect absolument normal.

2° *Le sac de Mikulicz n'est pas une barrière à l'infection, mais, au contraire, il s'encombre de produits septiques et les dissémine. Il restera ensuite comme un corps étranger infecté au contact des anses grêles, gênant la lutte du péritoine contre le microbe.* A cette critique, on peut répondre que le danger dans les opérations septiques est la diffusion de l'infection entre les anses grêles. Le Mikulicz n'est pas une barrière

contre l'infection, mais il est une barrière pour les anses : il les empêche de venir au contact de la zone septique, il les immobilise et favorise les adhérences entre elles. Cette immobilité est assurée, au bout de quelques heures. A ce moment les anses sont agglutinées et, lorsque les produits septiques ont eu le temps d'imbiber le sac, lorsque les microbes ont pu, après quelque douze heures se multiplier, ils trouvent une barrière efficace contre la dissémination de l'infection, barrière vivante produite par les adhérences intestinales. La zone septique est alors isolée, et le danger de péritonite généralisée est écarté.

3° *Le sac de Mikulicz favorise l'occlusion intestinale.* — Cette objection est très exacte si on ne prend pas quelques précautions, pour bien appliquer le sac d'une façon régulière et méthodique. Il est capital de mettre le sac au fond du bassin en position déclive, de bien l'étaler à ciel ouvert. Après avoir retiré les champs abdominaux il faut s'assurer que l'intestin reprend sa place sans se tordre, qu'aucune anse grêle ne se trouve coincée entre le sac et la paroi résistante du bassin. Il est utile de prendre l'épiploon et d'en recouvrir les anses grêles. Ce sont presque toujours en effet les anses grêles qui produisent l'occlusion soit en se coudant soit en se fixant de façon anormale. L'S iliaque supporte beaucoup plus facilement la gêne mécanique ; c'est lui qui devra autant que possible être en contact avec le sac. Dans certains cas, la mèche tassée au fond du sac comprime l'intestin et gêne le retour des gaz. Si, au bout de quarante-huit heures, un lavement ne produit pas l'évacuation attendue, il est utile de détamponner le sac par ablation totale ou partielle de la mèche. C'est cette méthode que nous avons vu appliquer dans le service du Professeur Faure.

4° *Le Mikulicz favorise les fistules intestinales.* — Cette objection est exacte lorsque l'intestin adhérent aux tumeurs annexielles a été malmené au cours de l'opération. Dans ce cas il faut éviter de faire un tamponnement trop serré contre l'intestin malade. Le drain qu'autrefois le Professeur Faure mettait de façon courante à côté du sac paraît être une cause favorisant les fistules stercorales. Ce drain va reposer pen-

dant plusieurs jours sur l'intestin ; il est pressé par le tamponnement intérieur du sac pendant au moins quarante-huit heures ; ce sont là des conditions très favorables à la formation d'une fistule intestinale. Aussi est-il bon de supprimer ce drain qui, d'ailleurs, ne draine pas, mais sert seulement à envoyer du liquide au fond du sac pour en faciliter le décollement. Le Dr Douay supprime toujours ce drain inutile et dangereux.

Pour les cas dans lesquels on a dû faire une suture intestinale il faut éviter de mettre un corps étranger au contact de cette suture ; une simple mèche paraît favoriser l'établissement d'une fistule. Dans ces cas, il faut recouvrir la suture avec du tissu vivant, épiploon ou intestin voisin, de sorte que le Mikulicz ne soit pas en contact avec la zone suturée.

5° *L'extraction du Mikulicz est une opération douloureuse et dangereuse.* — Tout dépend du moment où on essaie de faire cette extraction. Si on veut la faire de façon précoce, au bout de quatre ou cinq jours par exemple, le sac est fortement adhérent aux tissus. Il faut exercer des tractions très violentes qui produisent des douleurs considérables ; la malade pousse des cris, fait des efforts, et risque de chasser l'intestin par la brèche de la paroi abdominale. On déchire des capillaires et il se produit une hémorragie quelquefois assez marquée. La traction exercée sur l'intestin ou l'épiploon peut détruire les adhérences, et le sac ramène avec lui un morceau d'épiploon ou d'intestin ; ce sont là des complications qu'il faut éviter à tout prix et le seul moyen de les éviter est de suivre la technique décrite plus loin et employée par le Professeur Faure. Il faut attendre assez longtemps pour que l'élimination du sac se fasse presque spontanément c'est-à-dire du dixième au douzième jour.

6° *Avec le Mikulicz, la cicatrisation est lente.* — C'est là un inconvénient certain. La cicatrisation de la plaie se fait par seconde intention. Il ne faut rapprocher les bords de la plaie qu'au moment où la profondeur ne suppure plus et présente un bon aspect de plaie qui se sépare. En général ceci se produit vers le quinzième jour. A ce moment, il faut encore attendre une quinzaine pour que la cicatrisation soit totale.

Le temps moyen de cicatrisation est donc d'un mois. Evidemment c'est un ennui inhérent à la méthode, mais il est très minime à côté d'autres avantages et en particulier de la simplicité des suites opératoires.

7° *Le Mikulicz donne souvent des éventrations tardives.* — Cette fréquence n'est pas aussi grande qu'on pourrait le croire. Nous avons relevé le nombre d'opérations faites pour éventrations à l'hôpital Broca pendant l'année 1921-1922. Nous en avons trouvé 16 cas, sur lesquels 3 seulement étaient consécutifs à des Mikulicz. La rareté de cette complication est due aux soins apportés aux pansements post-opératoires. Ce qui produit l'éventration c'est l'insinuation d'une anse grêle entre les bords de la plaie pariétale. Si une anse grêle arrive au cours des pansements à se placer au contact de la brèche pariétale et y contracte des adhérences, l'éventration tardive se produira quoi qu'on fasse. C'est là une idée qu'il faut avoir toujours présente à l'esprit : il faut avoir soin, au cours des pansements, de refouler l'anse qui a tendance à se bomber et à s'approcher des bords de la plaie. Pour éviter l'éventration il faut encore soigner la suture partielle de la paroi, la rétrécir autant que possible des trois quarts en ne laissant à la partie inférieure qu'un orifice suffisant pour laisser passer le sac, les mèches et une ou deux compresses. Le Dr Douay passe quelquefois un fil d'attente sur les bords de la paroi abdominale de chaque côté du sac ; le fil sera noué vers le dixième jour, après l'ablation du sac en ne laissant dans la profondeur qu'un drain pour assurer l'évacuation du pus.

Ce sont là de petits moyens qui permettent d'éviter l'éventration presque à coup sûr et d'obtenir des cicatrisations très suffisantes.

CHAPITRE IV

Quelques points de préparation du Mikulicz et de technique

Nous n'insisterons pas sur la préparation habituelle du sac décrite dans les auteurs classiques. Nous voulons insister sur quelques points capables d'améliorer les résultats de la méthode.

1° La gaze utilisée pour faire le sac doit présenter certaines conditions. Si les mailles sont trop larges, les bourgeons charnus peuvent s'y insinuer et rendre l'extraction difficile. Si le tissu est trop serré il devient traumatisant et moins absorbant. Il y a là un juste milieu à garder. A Broca on utilise les grandes compresses tétra en quatre épaisseurs. La soie que l'on fixe au fond du sac est passée au travers du tissu de façon à ne pas se dénouer au moment de l'extraction.

2° Le Mikulicz vaseliné est préparé dans un tube de verre au fond duquel on met 50 grammes de vaseline. Le tout est stérilisé à l'autoclave. La vaseline fond et imbibe le Mikulicz. Le Mikulicz vaseliné présente les avantages de mieux s'appliquer au fond du bassin, de permettre aux intestins de se placer sans couture contre la surface externe du sac et enfin et surtout de se décoller sans peine. L'absorption est aussi bonne, le sac lui-même ne se laisse pas envahir par le sang, mais la mèche tassée du sac absorbe les liquides sécrétés comme dans un Mikulicz ordinaire. Certains auteurs ont essayé d'autres mélanges de corps gras solides à la température ordinaire et fusibles à la température du corps. On peut aisément obtenir un tel produit en utilisant un mélange de paraffine et de vaseline. L'utilité de ce procédé ne nous appa-

rait pas. A l'hôpital Broca le professeur Faure a essayé de placer une feuille de célophane entre le Mikulicz et les anses pelviennes. La célophane se présente sous l'aspect d'une feuille transparente souple pouvant supporter l'ébullition, imperméable aux liquides et ayant pour but de faire une réelle barrière entre le Mikulicz et les anses intestinales et d'en faciliter secondairement l'extraction. Dans les quelques cas où ce procédé a été utilisé, le décollement du sac a, en effet, été facilité. Ses avantages n'ont toutefois pas été si grands qu'on ait cru devoir persévérer dans cet essai.

3° Le Mikulicz est stérilisé et conservé dans de gros tubes en verre ou dans de petites boîtes métalliques de façon qu'on puisse en avoir à sa disposition en cas de besoin.

4° Pour mettre en place un Mikulicz il faut bien voir ce que l'on fait de façon à ne pas entraîner une anse avec le sac et la comprimer ensuite contre la paroi pelvienne.

Il faut le mettre au point le plus déclive du bassin pour ne pas laisser d'espace mort où le sang et le pus pourront s'accumuler. Il faut l'étaler de façon régulière et observer l'endroit où l'on devra tasser les mèches pour ne pas comprimer les organes essentiels comme l'uretère, la vessie, l'S iliaque, le rectum.

Dans le service du professeur Faure on se sert de mèches à l'ektogan qui sont tassées méthodiquement du fond à la superficie, généralement une à droite et une autre à gauche. Lorsque le Mikulicz est en place, et à ce moment seul, on enlève les champs abdominaux. On s'assure que l'intestin ne présente pas de position anormale, coudure ou torsion. Si l'épiploon se présente on l'attire et on en recouvre les anses intestinales. Puis on retire la valve sus-pubienne et on fait la suture partielle de la paroi. Cette suture peut se faire en trois plans ou en un, au fil métallique. Ainsi, se trouve très restreint l'orifice du Mikulicz. Le Dr Douay préfère se servir de fil métallique en restreignant considérablement cet orifice de sortie. Il pose ainsi quatre fils dans les cas favorables, et le quatrième est laissé jusqu'à cicatrisation complète. Le Mikulicz est enlevé par un orifice très petit, ce qui restreint au minimum les dangers d'éventration. Si la suppu-

ration est abondante et que l'orifice paraît trop étroit il est facile d'enlever le fil inférieur. Le Dr Douay place encore quelquefois un fil d'attente qui n'est serré qu'après ablation du sac, lorsque l'aspect de la plaie est suffisant pour permettre la fermeture presque complète avec un simple drain.

Est-il utile de mettre à côté du Mikulicz un drain abdominal, soit dans le sac soit hors de lui? Cette manœuvre nous paraît inutile et dangereuse, inutile parce que ce drain ne draine jamais; on ne voit pas de liquide sortir par ce drain, c'est le Mikulicz qui absorbe tous les liquides formés. Il ne peut servir, comme dit le professeur Faure, qu'à laver le fond du sac pour en faciliter le décollement. Or, pour faire ce lavage, il est bien plus simple de se servir d'un bock avec une canule en verre à bout rond. Cette canule peut être enfoncée jusqu'au fond du Douglas sans aucune espèce de danger car elle est toujours séparée des tissus par l'épaisseur du sac. Ce drain est dangereux car, comme nous l'avons déjà dit, la pression qu'il exerce sur l'intestin pendant un temps considérable, quelquefois huit à dix jours, peut produire une fistule stercorale.

Le drain vaginal est inutile pour le drainage, car dans le cas de double drainage, vaginal et abdominal, rien ne sort par le drain vaginal. Il devient cependant utile à partir du moment où on a enlevé le sac. Il permet aussi de faire des lavages de l'abdomen vers le vagin, lavage très efficaces.

Suites après le Mikulicz. — Le second jour on enlève les compresses placées à l'entrée du sac et on les renouvelle. Elles sont imbibées de sécrétions. Le quatrième jour on enlève les mèches que l'on peut au besoin renouveler. Dans ce cas il est utile de les tremper dans l'huile goménolée pour faciliter leur introduction et désodoriser au besoin. Le sixième jour on peut sans danger faire un grand lavage dans l'intérieur du sac à la condition de veiller à ce que la sortie se fasse sans gêne et que la pression à l'intérieur de la cavité reste faible. A ce moment la barrière formée par les adhérences intestinales est suffisante pour pratiquer un lavage sans pression. Ce lavage (eau oxygénée diluée) chasse toutes les sécrétions hors du sac qui de ce fait redevient blanc,

nettoyé de toute impureté, formant ainsi un large pansement humide intra-abdominal.

Il est bon de replacer dans le sac après ce lavage une mèche à huile goménolée qui empêchera l'orifice du sac de se rétrécir trop rapidement. A partir du huitième jour on peut commencer à tirer sur les bords du sac en tournant. Avec une main gantée et aseptique on prend le bord du sac et on le tend de proche en proche en tournant. On décolle ainsi sans douleurs la partie correspondante aux parois abdominales et aux premiers centimètres du sac.

On recommence cette manœuvre le dixième jour. Le décollement complet se produit souvent à cette date, sinon on recommence le douzième jour.

Après l'ablation du sac il faut éviter de laisser l'intestin s'insinuer entre les bords de la plaie abdominale. Il faut éviter de laisser la superficie se refermer trop rapidement. Lorsque la plaie a bon aspect il faut faciliter le rapprochement des bords au moyen d'adhésif ou de bourrelet de compresses.

La cicatrisation de la plaie superficielle est toujours longue à se produire. A ce moment il n'y a plus aucune espèce de danger et la malade peut se lever avec un pansement bien serré. En général les malades se lèvent du quinzième au vingtième jour. La cicatrisation complète est obtenue du trentième au trente-cinquième jour.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Mme B..., 50 ans. Entre le 6 mars 1922 à l'hôpital Broca avec le diagnostic de salpingite double.

Le 14, mars on fait une laparotomie médiane sous-ombilicale. A l'ouverture du péritoine on trouve de nombreuses adhérences épiploïques qu'il faut décoller avant de placer la valve sus-pubienne.

Puis, libération d'adhérences siégeant sur les anses grêles et les annexes, pour refouler la masse intestinale. On trouve alors une salpingite double très adhérente avec poche de pus, la trompe gauche, pleine de pus, est prolabée dans le Douglas. On commence l'hystérectomie à droite, en laissant en place les annexes droites impossibles à décoller, puis on fait l'hystérectomie de droite à gauche, les annexes gauches sont enlevées d'un bloc avec l'utérus. On revient alors aux annexes droites qui, restées seules dans le bassin, sont facilement visibles, abordables et enlevables. Ligature, fermeture du col. La péritonisation est impossible. On place deux pinces à demeure et un Mikulicz avec une mèche et trois compresses.

Suites opératoires. — La température est à 37° 8 le lendemain de l'intervention. Les pinces sont enlevées le second jour. Le Mikulicz est retiré le huitième jour. La température qui n'a jamais dépassé 38° 2 revient à la normale le dixième jour et s'y maintient jusqu'à la sortie de l'hôpital le trente-deuxième jour.

OBSERVATION II

Mme L..., 24 ans. Entre à l'hôpital Broca le 27 mars 1922 pour salpingite. Sa température à l'entrée est de 37° 8. Les deux jours suivants la température se maintient entre 38° 4 et 38° 8.

La malade est opérée le 30 mars en période aiguë. A l'ouverture on trouve le bassin complètement masqué par une masse énorme voilée d'adhérences dans laquelle on a du mal à reconnaître le fond de l'utérus. On fait l'hystérectomie subtotale et on place un Mikulicz. Pas d'appendicectomie.

L'examen des pièces montre qu'il s'agit d'une salpingite bilatérale avec poches de pus volumineuses à droite et à gauche. L'examen histologique montre qu'il s'agissait d'une tuberculose tubaire.

Suites opératoires. — La température qui avait atteint 40 degrés, le lendemain de l'opération descend à 37° 2 le jour suivant. On enlève les compresses le deuxième jour, la mèche le troisième. Le Mikulicz est enlevé le septième jour. La température oscille entre 37 et 38 degrés jusqu'à la sortie de la malade au trente-huitième jour.

Remarque. — Il s'agissait donc dans ce cas d'une salpingite tuberculeuse fébrile et probablement infectée. Dans ce cas le Mikulicz a peu de partisans parce que l'on craint de tuberculiser la paroi et de produire des fistules interminables. Dans ce cas particulier on n'a pas eu à regretter le Mikulicz, les accidents aigus ont cédé presque immédiatement après l'opération et la cicatrisation s'est effectuée sans complications en un mois et quelques jours.

OBSERVATION III

Mme T..., 52 ans, entre à l'hôpital Broca le 29 septembre 1921. La maladie a débuté brusquement en juillet de la même année par des douleurs abdominales et des pertes blanches.

A son arrivée à l'hôpital la température de la malade est de 38 degrés. On fait le diagnostic de tumeur solide de l'ovaire et de fibrome enclavé dégénéré.

L'opération est faite le 8 octobre 1921. Contrairement au diagnostic établi, on trouve une double salpingite suppurée très adhérente.

De nombreuses anses intestinales sont agglutinées sur le fond de l'utérus. On fait une hémisection utérine; la ligature de l'utérine gauche est difficile. Les tissus sont extrêmement friables.

Au cours de l'intervention du pus s'est écoulé dans le petit bassin. On place un Mikulicz et un drain. Les parois sont suturées en un plan au fil de bronze.

Suites opératoires. — Le quatrième jour on constate l'établissement d'une fistule stercorale. Le drain est retiré et, après son ablation, la fistule se ferme spontanément et rapidement.

Les suites sont bonnes et la malade sort guérie de l'hôpital le 10 décembre (32 jours après l'opération).

Remarque. — Cette observation montre que le Mikulicz et surtout le drain qui l'accompagne peuvent faciliter de petites ulcérations du rectum. Dans ce cas il faut se hâter de retirer le drain et de détamponner le Mikulicz. On a parfois la chance de voir cette fistule stercorale guérir en quelques jours.

OBSERVATION IV (Dr Douay)

Mlle C. L..., 22 ans. Appendicite dont le début remonte au 25 octobre 1921. Nous la voyons seulement le troisième jour après une purgation. Le traitement habituel avec application de glace amène la sédation des accidents aigus. Au huitième jour la fièvre reparait avec vomissements. On constate un empâtement profond dans la fosse iliaque droite : il s'est formé un abcès. Opération le 5 novembre. A ce moment la paroi, au niveau de la fosse iliaque, est soulevée par suite de l'abcès sous-jacent. Ouverture d'un abcès contenant du pus et des gaz sous pression. Un gros drain est placé dans la cavité de l'abcès avec fermeture partielle. La suppuration est abondante pendant trois jours. Le drain est enlevé le sixième jour, et la cicatrisation rapidement obtenue le douzième jour. L'appendice est enlevé à froid le 9 février 1922. Fermeture sans drainage et réunion *per primam*.

Remarque. — Cette observation montre une péritonite suppurée enkystée. Il n'y a pas là indication à mettre un Mikulicz. L'abcès une fois ouvert et drainé ne demande qu'à se vider et à se fermer.

OBSERVATION V (D^r Douay)

Mme J..., 30 ans. A été opérée une première fois en 1912 pour kyste de l'ovaire par la voie vaginale. Opérée à nouveau en 1918 pour kyste récidivé. On fait une hystérectomie subtotal. L'opération est longue et difficile. La suture est faite en un plan. Contre toute attente la malade guérit. En 1919 on fait la cure d'une éventration. Cette malade est vue pour la première fois par le D^r Douay en mai 1921, qui constate la présence d'une poche fluctuante de la grosseur du poing, et des douleurs locales irradiées dans la cuisse droite.

Le diagnostic porté est celui de péritonite enkystée. La malade est opérée le 31 mai. Il y a de nombreuses adhérences épiploïques que l'on résèque. On fait assez facilement l'ablation d'un kyste sous-péritonéal droit. Le péritoine sous-jacent au kyste est épaissi et paraît contenir de petits kystes en formation. Ablation de ce fragment de péritoine en ménageant l'uretère qui passe au milieu. Suture sans drainage.

L'examen de la tumeur montre un amas de cellules épithéliales faisant d'abord songer à un épithélioma. A un examen plus attentif la nature cancéreuse n'est pas démontrée.

Les suites opératoires furent très bonnes. Puis, en avril 1922, nouvelle récurrence, et nouvelle opération le 8 avril 1922. On trouve un épaississement du péritoine pelvien droit avec trois ou quatre petits kystes dont le plus gros a le volume d'une noix. Pour faire une opération complète, toute cette partie suspecte est réséquée. On cherche à reconnaître l'uretère sans le trouver. On descend ainsi entre la paroi pelvienne, le rectum et la vessie. On place deux pinces à demeure sur deux pédicules vasculaires trop profonds pour être liés, et deux mèches autour des pinces. On évite le Mikulicz pour suturer la paroi très exactement autour des mèches et des pinces. L'après-midi du jour de l'opération, la malade présente des signes d'hémorragie interne, un peu de sang vient filtrer le long des pinces et tache le pansement. La malade est remise sur la table d'opération. Les sutures pariétales enlevées on voit des caillots et du sang liquide entre les anses grêles, les mèches sont enlevées, les pinces laissées en place. On ne voit pas de jet artériel mais un suintement en nappe. On fait alors un Mikulicz bien serré dans la région latéro-pelvienne autour des pinces.

Les suites furent très satisfaisantes. Après douze heures d'état

grave avec pouls très rapide, l'amélioration se produisit. Les pinces furent retirées au bout de quarante-huit heures et le tamponnement le sixième jour. Le sac fut aisément retiré le onzième jour. Malheureusement une fistule urétérale droite se produisit le treizième jour, suivie d'infection aiguë avec frisson et fièvre qui obligent, vingt jours après, à faire la néphrectomie droite. La malade s'est cicatrisée lentement en deux mois.

Remarque. — Cette observation montre le danger qu'il y a d'abandonner deux pinces à demeure avec mèches pour arrêter une hémorragie profonde du bassin. Un Mikulicz permet un tamponnement plus méthodique et plus régulier qui ne se déplace pas. C'est ce qui a été fait dans la réintervention après signes d'hémorragie interne.

OBSERVATION VI

Mme D..., 60 ans a subi le 19 mars 1917 une hystérectomie subtotale pour salpingite, à l'hôpital Cochin.

Elle entre à l'hôpital Broca au mois de mai 1920. A son arrivée on diagnostique : néoplasme du col. On lui fait un curettage, et l'examen histologique montre un adénome utérin végétant.

Le 22 mai 1920 on lui fait une application de radium (2 tubes, 20 mill. c. en 48 heures). A la suite de cette application le col est cliniquement guéri.

Le 28 octobre 1920 la malade revient à l'hôpital, et on constate une volumineuse adénopathie pelvienne. On décide une intervention exploratrice. La laparotomie médiane sous-ombilicale est pratiquée le 13 décembre 1920. On trouve un gros paquet ganglionnaire du volume d'une mandarine située immédiatement au-dessous de l'artère iliaque externe gauche qui est repoussé en haut. Le péritoine est excisé au-devant de la tumeur dans laquelle on enfonce quatre aiguilles contenant de l'émanation de radium. On fait un Mikulicz et on suture partiellement la paroi. La malade reçoit 20 millicuries en vingt-quatre heures.

La malade revue en octobre 1921 est cliniquement guérie.

Revue encore le 1^{er} décembre 1921, un an après l'intervention. Revue en mai 1922, l'état local et général est excellent.

Remarque. — Le Mikulicz dans ce cas a empêché tout déplacement des tubes de radium. Il a de plus écarté l'intestin de la zone dangereuse. Il a permis l'extraction facile des tubes au bout de quatre jours. Il est à noter qu'un suintement séreux abondant s'est produit pendant l'application de radium. Le Mikulicz et ses mèches l'ont absorbé par capillarité sans en permettre la résorption par le péritoine.

OBSERVATION VII

M. V. N..., entre à l'hôpital Broca le 1^{er} juillet 1921 avec le diagnostic d'appendicite aiguë. Il est opéré le même jour. On incise la fosse iliaque droite : issu de sérosité louche en abondance. On récline le cæcum qui est rouge et œdémateux, et, passant en dehors et en arrière delui, on arrive sur un appendice rétrocaecal ascendant. Pour le dégager il faut prolonger l'incision en haut. Cet appendice très malade présente une perforation nette. On enlève l'appendice. Une pince est laissée sur le méso. On place un drain dans le Douglas et on fait un Mikulicz.

Le lendemain la température est tombé de 39 degrés à 37°5. L'état général est infiniment meilleur. Le soir l'amélioration s'accuse. Comme le ventre est ballonné on croit bien faire en déserrant le bandage et en mettant une vessie de glace sur la peau. Pendant la nuit le malade, dans un effort de toux, fait sortir une partie de son intestin grêle dans la partie basse du Mikulicz, à l'endroit où se trouve le drain. Cet accident malheureux n'est constaté que le lendemain matin à la visite. A ce moment l'état général est toujours satisfaisant. Une fois la constatation faite, on reporte le malade à la salle d'opérations, et sous anesthésie légère au chlorure d'éthyle on replace péniblement les anses dans la cavité abdominale. Le soir l'état s'aggrave, le cours des gaz s'arrête complètement, le ventre se ballonne et le malade meurt quarante-huit heures après la réduction de son éviscération.

Remarque. — Après la première opération l'amélioration a été telle que l'on pouvait croire à un arrêt des accidents graves. Cette situation favorable a été compromise par suite d'un accident malheureux dû à un pansement insuffisamment serré

ayant permis aux anses grêles de glisser entre le Mikulicz et le drain, la plaie ayant été laissée trop largement ouverte.

OBSERVATION VIII

Mme P..., 38 ans, rentre le 18 octobre 1921 à l'hôpital Broca pour cancer de l'utérus.

Elle est opérée le 28 du même mois. Opération de Wertheim suivant la technique habituelle. Le cas est très bon. A noter en particulier l'absence de vaisseaux vésicaux.

Ligature et section des ligaments utéro-sacrés. Décollement vésical et urétéral très aisé. Section du vagin et surjets vaginaux. Suture colo-vésicale avec mèche vaginale. Fermeture de la paroi en trois plans.

L'examen histologique montra la présence d'un épithélioma pavimenteux à globes épidermiques avec adénome du col bourgeonnant moyennement.

Les suites opératoires sont normales ; un peu de fièvre les premiers jours, autour de 38 degrés. La mèche vaginale est enlevée partiellement le second jour et totalement le quatrième. Les gaz reprennent difficilement leur cours. Cependant la sonde rectale et de petits lavements quotidiens assurent le retour de l'intestin à sa fonction. Le septième jour la malade est prise de coliques abdominales avec vomissements bilieux, phénomènes d'ailleurs peu intenses. Le ventre est ballonné et on peut voir certains mouvements intestinaux dans la partie supérieure et gauche de l'abdomen. Il s'agit manifestement d'un début d'occlusion intestinale tardif. La fièvre a monté à nouveau autour de 38 degrés. Après un grand lavage d'intestins resté sans résultat, on se décide le lendemain c'est-à-dire le huitième jour à ouvrir les sutures abdominales. On trouve l'intestin grêle distendu, un peu rouge et on trouve très facilement une occlusion par agglutination des anses grêles présentant un aspect un peu grisâtre, sorte de fausse membrane produisant une coudure à cet endroit. L'obstacle est facilement levé. On nettoie l'anse à l'éther, on remplace le grêle et on le maintient au moyen d'un Mikulicz enduit d'huile goménolée stérilisée. La paroi est ensuite fermée aux trois quarts par des fils de bronze. Les suites sont très favorables, les mèches sont retirées le deuxième jour. Les phénomènes d'occlusion cèdent à la fin du deuxième jour et l'amélioration s'affirme le troisième. Le Miku-

liez est enlevé le huitième jour et la guérison se produit sans complication.

La malade sort le soixantième jour.

Remarque. — Il s'agit d'une occlusion tardive par adhérences inflammatoires portant sur l'intestin grêle. Le Mikulicz a évité les accidents de péritonite qui auraient pu suivre une intervention en milieu certainement septique.

OBSERVATION IX

(M. Morgenstern, thèse de Paris, 1921, p. 59.)

Il s'agit d'une femme de 33 ans ayant fait une fausse couche provoquée d'un mois et demi. Pouls rapide et fièvre à 39°, trois jours après, l'utérus est gros et mou, le ventre souple.

Curettage immédiat. Le lendemain le ventre est tendu, le pouls dépasse 120, la température est de 38°. La malade est alors envoyée à l'hôpital Broca avec le diagnostic de péritonite généralisée. Le Dr Douay qui la voit à son entrée décide une intervention d'urgence après avoir confirmé le diagnostic, et constaté une masse annexielle à gauche. Il choisit la voie abdominale qui lui permet un accès, large sur des lésions complexes de péritonite et de salpingite. L'opération est faite à l'anesthésie rachidienne. On trouve le bassin plein de pus jaunâtre, l'utérus n'est pas perforé. On fait une hystérectomie subtotale ; le col est incisé en arrière ainsi que le cul-de-sac vaginal pour y placer un gros drain à ailettes. On met au fond du bassin un Mikulicz avec deux mèches.

L'état général reste grave trois jours, puis s'améliore. Le sac de Mikulicz est retiré le onzième jour. Vingt-cinq jours après l'intervention la température est normale et la plaie cicatrisée.

Remarque. — La guérison dans ce cas très grave de péritonite généralisée post-abortum a été favorisée par le double drainage, Mikulicz abdominal et drain vaginal ; le drain vaginal n'a fonctionné qu'après l'ablation au Mikulicz ce qui prouve l'efficacité de ce dernier comme drainage capillaire. Le drain vaginal a permis de rapprocher les bords de la plaie et de hâter la cicatrisation.

OBSERVATION X

Mme P. F..., 50 ans entre à l'hôpital Broca le 5 mai 1922 pour douleurs appendiculaires ou annexielles droites. Elle a déjà été soignée en 1916 pour pertes de sang, depuis plusieurs années. M. Desgrez lui fit en mars 1916 une application de radium pour fibrome. Les pertes de sang ont cessé depuis.

La malade est opérée le 22 mai 1922. On fait la laparotomie médiane. On enlève d'abord un appendice paraissant peu malade. On pratique ensuite l'hystérectomie subtotale par décollation antérieure. L'utérus fibromateux est en rétroversion adhérente flanqué de deux masses complètement soudées aux parois latérales et postérieures du petit bassin. C'est pour cette raison que la décollation antérieure est pratiquée. Section du col aux ciseaux. Les vaisseaux utérins saignent peu et ne seront pincés qu'à la fin de l'opération. L'utérus est tout petit avec de petits fibromes multiples dont le plus gros a le volume d'une noix. On décolle de dedans en dehors et de bas en haut les annexes fixées dans le Douglas. On pince alors et on fait la ligature des utérines. Pour péritoniser on fait un surjet réunissant l'S iliaque au péritoine vésical. Un drain est placé dans le Douglas entre deux points du surjet et une petite mèche dans l'angle droit. Toute cette surface est très saignante, hémorragie en nappe.

On se demande si on n'aurait pas mieux fait de placer un Mikulicz dans le Douglas.

Suites opératoires. — Chaque jour on fait l'aspiration et on retire 50 à 60 grammes de sang mélangé à des caillots noirâtres. L'état général est resté bon, la malade est un peu pâle. Le neuvième jour la température est au voisinage de la normale. Le drain ne donnant plus qu'un peu de liquide brunâtre est retiré.

Remarque. — Cette observation montre qu'un suintement sanguin peut se prolonger pendant près d'une semaine, le drain permettant l'évacuation du sang, mais ne pouvant arrêter l'hémorragie comme l'aurait fait un Mikulicz.

CONCLUSIONS

1° Il y a lieu de conserver l'expression « Mikulicz » pour signifier une méthode de pansement comprenant essentiellement un sac de gaze dans lequel on tasse une mèche, quoique ce pansement ait déjà été appliqué avant Mikulicz, par Dupuytren en particulier ;

2° Le Mikulicz est le seul pansement capable de faire un large drainage du péritoine, ventre ouvert, sans permettre l'éviscération de l'intestin ;

3° La question du drainage du péritoine est actuellement très discutée. Il ne nous appartient pas de conclure sur ce sujet. Pour ceux qui sont partisans dans quelques cas particuliers du drainage large, c'est le Mikulicz qui rend le plus de services. C'est un procédé qu'il ne faut pas abandonner, qu'il faut avoir sous la main pour l'utiliser au besoin, à titre d'ailleurs exceptionnel ;

4° Pour obtenir du Mikulicz le maximum d'avantages avec le minimum d'inconvénients, les détails de technique ont une grande importance. La mise en place est délicate mais moins encore que l'ablation. La technique que nous recommandons est celle du professeur Faure que nous avons vu utiliser à l'hôpital Broca par le professeur et ses élèves. Nous la décrivons en détail dans cette thèse.

Vu : le Président de la thèse,

J.-L. FAURE

Vu : le Doyen,

ROGER

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
Pour le Recteur,
L'inspecteur de l'Académie,

MARTIN

BIBLIOGRAPHIE

- Aubert.* — Le drainage après les interventions par la voie abdominale sur le petit bassin de la femme. Thèse de Lyon, 1902.
- Brenans.* — Etude critique du drainage à la Mikuliez. Avantages et inconvénients. Thèse de Lyon, 1893.
- Carle.* — Des applications pratiques du drainage abdomino-vaginal. Thèse de Lyon, 1899.
- Faure et Syredey.* — Traité de gynécologie médico-chirurgicale. O. Doin, 1914.
- Igonet.* — Contribution à l'étude du drainage dans la laparotomie. Thèse de Lyon, 1905.
- Jayle.* — Le sac de Mikuliez n'est que le sac de Dupuytren (Presse médicale, 5 mars 1921).
- Lejars.* — La valeur pratique du drainage abdominal (Extrait de la Semaine médicale, 17 janvier 1912).
- Luca Michel.* — Contribution à l'étude de l'hystérectomie abdominale par l'hémisection utérine. Thèse de Paris, 1919.
- Morgenstern.* — Infection utérine post abortum. Opération ou abstention ? Thèse de Paris, 1921.
- Mikulicz.* — Über die ausschaltung todter Räume aus der Peritoneal höhle (Arch. Klin. Chir., 1886, XXXIV, 635-657).
- Perrier.* — D'un procédé de drainage péritonéo-vaginal pouvant remplacer le Mikuliez abdominal. Thèse de Lyon, 1900.
- Violet.* — Un des dangers du drainage abdominal (Province médicale, 1906).
- Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, 1920, du n° 23 au n° 31.

